

LES LOMBALGIES CHRONIQUES D'ORIGINE PSYCHOSOMATIQUE

Une étude de psychologie médicale

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Jean-François COLLET

de

Suchy (Vaud)

Thèse No 3670

GENÈVE

Imprimerie Roulet et Cie SA

1978

LES LOMBALGIES CHRONIQUES D'ORIGINE PSYCHOSOMATIQUE

Une étude de psychologie médicale

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Jean-François COLLET

de

Suchy (Vaud)

Thèse No 3670

GENÈVE
Imprimerie Roulet et Cie SA
1978

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur André Haynal, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 2 mai 1978

Le doyen:
André Cruchaud

Thèse No 3670



Mes remerciements vont aux Professeurs A. Haynal
et T.L. Vischer, ainsi qu'au Docteur R. Gfeller.
Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance
pour leur enseignement, les conseils qu'ils m'ont don-
nés et l'intérêt qu'ils ont témoigné à ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545901_0072

Introduction

...There are more things in heaven and earth,

Horatio,

than are dreamt of in your philosophy.

Shakespeare, Hamlet, acte 2 scène 5.

Comprendre une maladie, c'est au-delà de pouvoir la décrire, saisir les rapports de causalité entre cet état pathologique et tout ce qui l'entoure. C'est, au coeur d'une confrontation dialectique entre sujet et objet, substituer au terme de maladie celui de personne malade. Il y a cependant un prix à payer pour ce passage du principe de plaisir à celui de réalité, par "celui-qui-se-tient-devant," l'obstétricien des états pathologiques, donc le médecin.

En divisant pour régner, en classifiant et en étiquetant, nous avons dans un premier temps tendance à nous servir de notre rassurant esprit d'analyse, précurseur et flambeau de toute démarche scientifique, et garant de notre sentiment de toute puissance. Sa suite logique est la synthèse, qui, appliquée à la chose médicale, permet par une démarche analogique bien qu'objective, de saisir dans son ensemble la triade patient-état pathologique - environnement.

Or, ce qui actuellement peut sembler continuation "logique" de l'analyse que représente cette activité synthétique d'acceptation et de compréhension du mal-être multifactoriel du malade dans le monde, ne revient que lentement "à la mode", malgré sa criante nécessité.

"Nécessité" car en effet, au-delà de l'exigence de toute-puissance projetée par le patient sur le soignant, au-delà de la satisfaction qu'éprouve le thérapeute lorsqu'il parvient à comprendre le malade comme une personne particulière et non comme un cas, se trouve le peu de compréhension et de "puissance" d'une médecine "de" et "pour" technicien que représente notre tendance analytique naturellement rassurante.

Or, l'homme en tant que globalité ne peut être appréhendé que par une démarche également globale, comprenant donc son aspect somatique, psychique et même spirituel.

C'est dans le courant psychosomatique que nous retrouvons ce cheminement. Mais ce terme moderne cache en fait une façon fort ancienne de concevoir les choses.

Vue d'ensemble de la littérature

Sans pour autant vouloir réduire le passé à une succession de périodes de toute-puissance hypomaniaque et scientifique, alternant avec des époques dépressivo-introverties de synthèse romantique, force nous est pourtant de rappeler et de situer historiquement une des premières manifestations de cette antinomie. On la trouve en effet dans la relation de rivalité et de complémentarité tout à la fois entre les deux écoles médicales grecques de Cnide et de Cos, de l'Antiquité.

Cos était une école de médecine hippocratique, avec son point de vue humoral, dynamique et "global". Cnide avait une conception organiciste. Il est bien évident que chacune des deux conceptions était indispensable à l'autre.

Nous n'envisagerons pas en détail le lent, puis soudain développement de la médecine "technique", ni la longue incubation de la médecine "globale" jusqu'au début du siècle passé. C'est en effet à cette époque (1818) que J.C.A.Heinroth, médecin allemand, utilise pour la première fois le terme de "psychosomatique", pour désigner les maladies en relation avec le corps et avec l'âme. De la même époque date également l'auto-observation bien connue de A.Trousseau.

Or, à cette époque, au delà d'une observation rigoureuse, on ne pouvait espérer entrer dans le domaine du traitement. En particulier, on ne concevait ni ne maîtrisait le très riche domaine du transfert, pierre angulaire de toute relation médecin-malade.

Puis vint la psychanalyse. Elle permit d'utiliser, de canaliser ces simples observations, qui purent prendre une dimension scientifique.

La médecine psychosomatique doit ensuite à Jung une conception de base qui permet d'appréhender de façon plausible maint phénomène: la conception de l'inconscient collectif et du mythe. Dans cette optique, nous trouvons un excellent point du vue, celui de P. Solié. Il situe les maladies psychosomatiques syndromatiques (d'organe) à la charnière entre inconscient collectif et inconscient personnel, d'après la terminologie de Jung, alors qu'il range les affections psychosomatiques symptomatiques (dites fonctionnelles) à la frontière entre inconscient personnel et conscient. Les maladies d'organe (lésionnelles) se situent donc au même niveau que les psychoses, dont elles sont par ailleurs proches.

La psychanalyse ouvre également la voie à G. Groddeck, franc-tireur délicat et nuancé, qui, le premier et avec une intuition géniale, expose l'importance et la quasi-domination du ça sur un bon nombre des manifestations psychosomatiques d'ordre courant, du domaine de la pathologie ou de celui de la simple expression.

C'est dans l'oeuvre des physiologistes des années 30 que nous trouvons les premières recherches expérimentales dans le domaine de la relation âme-corps. W. Cannon a mis en évidence la corrélation entre situation d'urgence, qui prédispose l'organisme au combat ou à la fuite, et réaction neurovégétative en vue d'une adaptation somatique, spécifique ou non. Selon ce modèle, où la propagation des influx nerveux se fait par l'hypothalamus, un état pathologique se crée de la persistance de l'état somatique d'attente dans cette situation de tension.

H. Selye complète ce point de vue en attribuant une part de la pathogénicité au stress. Lors du syndrome "d'adaptation" l'organisme en butte à une nuisance insurmontable passe par un stade "d'épuisement" pour aboutir à ce qu'il nomme un "état d'alarme" (avec phase de choc).

On retrouve chez F. Alexander trace de la position des physiologistes, poussée même dans ses derniers degrés de déterminisme. La "mécanique" humaine, dans cette optique, réagit en empruntant un certain nombre de circuits d'actions et de réactions bien déterminés, qui ne varient que quantitativement, et dont le déroulement s'arrête à certains stades en fonction des circonstances externes ou internes, ce qui produit certains types de réponse et de pathogénie. On voit donc que F. Alexander tente d'apparier, dans une relation presque univoque, sorte de conflit et maladie-type. Ses conceptions "ont eu le mérite de situer, dans la majorité des cas, le conflit psychologique auquel le thérapeute doit s'attaquer", comme le relève mon Maître le Professeur A. Haynal dans son récent abrégé de médecine psychosomatique, en parlant des incidences actuelles du travail de F. Alexander.

Dans les années 50 également prenait forme un tout' autre courant de pensée, qu'il me paraît important de signaler. Ce courant s'appuie sur les travaux d'un médecin genevois. P. Tournier, paradoxalement mieux connu outre-Atlantique que dans son propre pays. Dans son livre "Médecine de la Personne", il introduit ce dernier terme avec une connotation beaucoup plus "globale" que celle du mécanisme humain schématique décrit par F. Alexander. Comprenant l'homme, en termes d'ailleurs plus "synthétiques" que scientifiques, sous son triple aspect de corps, d'âme et d'esprit, il en fait une personne, modelée par son environnement et aboutissant à une prise de position théologique.

Cette démarche de P. Tournier, parallèlement à quelques autres et notamment à celle de la philosophie existentielle, me paraît en bonne place pour fournir une représentation plausible du vécu humain.

L'Ecole psychosomatique de Paris (P. Marty, M. de M'Uzan, C. David) marque un retour vers la psychanalyse. Certaines options en sont proches de celles de Groddeck, qui cependant a des vues divergentes sur d'autres points. Ainsi la personnalité "de base" du patient souffrant de problèmes psychosomatiques est dans l'optique de ces auteurs modelée par certaines pulsions issues directement du ça, "instance de l'inconscient profondément enracinée dans le biologique".

Cette personnalité de base des patients psychosomatiques se retrouve chez eux à une certaine fréquence : il s'agit de personnes montrant une grande pauvreté dans la communication verbale, dans l'élaboration mentale et dans la symbolisation. Ils ont donné le nom de "pensée opératoire" à cette manière particulière d'être.

Ces auteurs ont été également frappés de l'absence d'aisance dans l'élaboration et l'utilisation des fantasmes que l'on trouve en particulier chez ce patient typisé appelé "psychosomatique".

Il semble en effet que la grosse partie des charges affectives s'exprime par un mécanisme somatique pathologique. Le phénomène psychosomatique est toutefois décrit comme un fait sans signification, détaché de toute valeur de communication. "Le symptôme psychosomatique est bête", opinion très tranchée sur laquelle il semble bien que ces auteurs soient revenus.

De la philosophie du Dasein de Heidegger, M. Boss a tiré une lumière nouvelle sur le sujet qui nous intéresse. Il pense en effet que le schéma de cause à effet, universel dans la pensée moderne, ne nous permet pas de prétendre à une connaissance de l'homme suffisante pour comprendre en particulier le phénomène psychosomatique. Dans son ouvrage "Introduction à la médecine psychosomatique", M. Boss cite quelques manières historiques de poser le problème existentiel de la vie, de son origine, des forces qui lient âme et corps, notamment en citant quelques conceptions "vitalistes". Déjà au XVIIe siècle, et en opposition à la pensée de Descartes, existait une conception d'un organisme humain composé de forces et de structures irréductibles à des schémas mécaniques (Glisson).

Au cours de l'histoire, ces conceptions antagonistes se sont fréquemment heurtées; de nos jours cependant la conception mécaniciste prévaut, avec ses rapports de causalité que M. Boss dénonce comme souvent trompeurs.

Nous trouvons là une conception très distincte des options prises par S. Freud, conception qui perçoit le corps humain à partir de son "Dasein" (sa manière générale d'exister dans le monde) d'emblée révélateur de ce monde, porteur d'un état d'âme et déployé dans des relations sociales et ambiantes.

Quant au "choix de l'organe malade", citons M. Boss : "En réalité, c'est toujours et principalement une certaine relation au monde à laquelle, à tel instant, l'existence d'un homme se résume qui détermine entre autres le mode du corps; ainsi prédomineront dans l'actualisation les parties du corps qui appartiennent à cette relation au monde ou, mieux: que cette relation est physiquement".

Après ce survol historique de la médecine psychosomatique, parcourons ce qui a été écrit sur les lombalgies dans ce domaine.

W. Reich fut un des premiers auteurs à s'intéresser au problème de la tension musculaire, problème proche de celui des lombalgies. Citons quelques fragments de "L'analyse caractérielle": " Le Moi en tant que partie exposée de la personnalité acquiert sous l'influence du conflit permanent entre les besoins libidinaux et les menaces du monde extérieur une certaine rigidité, un mode immuable et automatique de réaction que nous avons appelé "le caractère" ; ... C'est comme si la personnalité affective se revêtait d'une cuirasse ... qui réduit en même temps sa mobilité libidinale Tout accroissement de la tonicité musculaire dans le sens d'une plus grande rigidité indique la liaison d'une excitation végétative, angoisse ou sexualité."

Et encore " ... nous comprenons maintenant les rapports entre les phénomènes suivants :

- cuirasse caractérielle et cuirasse musculaire,
- assouplissement de la cuirasse musculaire et apparition de l'angoisse,
- liaison de l'angoisse et apparition de la rigidité musculaire,
- tension musculaire et inhibition libidinale,
- développement de la motilité libidinale et détente musculaire."

Enfin, "l'hypertension musculaire chronique traduit une inhibition de toute excitation, qu'il s'agisse de plaisir, d'angoisse ou de haine."

Cela nous semble suffisamment explicite pour nous dispenser de tout autre commentaire.

C'est dans un chapitre de l'ouvrage "La rhumatologie aux confins de ... la psychiatrie", écrit par J. Thierry-Mieg au début des années 60, que l'on trouve une des premières indications pratiques sur l'existence et la façon d'envisager les lombalgies en tant que trouble à participation psychosomatique.

L'auteur signale le grand besoin éprouvé par ces patients d'être écoutés, plaints et soignés. "Les lombalgies, dit-il, vont souvent de pair avec une contracture musculaire des masses lombaires, et une sensibilité particulière au palper profond de l'abdomen explorant le plexus pré et latéro-aortique. On peut considérer ces lombalgies comme résultant, au moins en partie, d'une dystonie à la fois neuro-musculaire et neuro-végétative."

Il insiste sur la fréquence des tableaux dépressifs associés, avec parfois un arrière-fond de psychasthénie, d'hypochondrie ou de sinistrose. Il lui paraît presque toujours nécessaire d'associer un traitement psychiatrique.

En dehors de cette publication et jusqu'à une époque relativement récente, on ne dispose que de très peu d'écrits traitant spécifiquement des lombalgies psychosomatiques. En plus des difficultés inhérentes au sujet, constatons que seuls les récents progrès de la rhumatologie permettent, le cas échéant, d'exclure un facteur organique prépondérant dans ces douleurs.

Quittons l'ordre chronologique pour examiner un certain nombre de points de vue récents.

Nous trouvons ainsi sous la plume de deux auteurs lyonnais, P. Queneau et S. Jallade une intéressante étude de la relation médecin-malade.

Ces deux auteurs insistent sur la nécessité d'une collaboration entre rhumatologues et psychiatres pour aborder le problème.

Ils soulignent tout d'abord l'étiologie double de ces rachialgies rebelles : une épine irritative somatique va de pair avec un vécu douloureux à tonalité anxio-dépressive, avec sentiment de dévalorisation. Le symptôme-douleur est de plus l'objet d'un surinvestissement affectif considérable. Le sujet éprouve un sentiment profond d'inhibition et d'impuissance, entremêlé de culpabilité. Cela conduit à un problème relationnel, le patient se sentant rejeté par son entourage, voire son médecin. Il est évident qu'un symptôme-douleur "reçu" et "entendu" par l'entourage est mieux supporté. Mais dans le cas opposé, la situation du patient devient inextricable : la douleur empêche la reprise du travail, d'où dévalorisation et aggravation des douleurs. "La pérennisation de ces rachialgies, " écrivent-ils, " en particulier si elles sont post-traumatiques, finit alors par apparaître comme la conséquence d'une maladie de la relation thérapeutique, véritable "système en miroir" dominé de part et d'autre par l'impuissance et l'agressivité."

Ils estiment qu'une réponse thérapeutique donnée au patient peut liquider le conflit si elle est axée sur le corps et si elle véhicule une dynamique émotionnelle et affective appropriée.

Un autre aspect souligné de ces affections, et non des moindres, est celui d'une maladie de la relation médecin-médecin. Il s'avère parfois difficile de dépasser les

rivalités entre les spécialités médicales ; mais lorsque l'indication est posée, il est indispensable pour traiter ce genre de problème de parvenir à une vraie collaboration entre somaticien et psychiatre. Cela permet au patient de se vivre comme une personne globale, dont s'occupent en collaboration plusieurs médecins " ne se posant ni les uns ni les autres comme pouvant réussir seuls, tout en ayant chacun une perception assez claire de l'ensemble des deux aspects du problème."

Citons pour mémoire, un article du psychiatre londonien S. Wolking qui insiste sur la fréquence des douleurs lombaires. Dans une population ouvrière de l'industrie, on peut trouver jusqu'à 60 % de personnes atteintes de tels troubles. Ces lombalgies cachent fréquemment des dépressions, des états anxieux. L'auteur clôt le débat en suggérant qu'il vaut mieux éviter de rechercher si le *primum movens* des affections lombalgiques est psychique ou somatique.

Nous ne trouvons dans l'*American handbook of psychiatry*, sous la plume de D. Oken, qu'une vision assez générale des problèmes psychosomatiques de l'appareil locomoteur, et a fortiori des lombalgies.

L'auteur y expose que la "tension nerveuse", avec ses implications psychosomatiques, est en relation avec différents traits de personnalité, donc avec une certaine spécificité. La tension musculaire associée peut être localisée à différents groupes musculaires en fonction également de cette personnalité de base. La pathogénèse se fait par une sorte de "langage d'organe", qui prévaut principalement dans ce type d'affection.

Dans un compte-rendu du Symposium de Psyche und Rheuma, G. Harrer nous livre un intéressant point de vue. Il décrit la relation entre affect et tension musculaire comme une relation double de causalité, dans les deux sens, et comportant comme circuit complémentaire un by-pass par l'environnement. Il cite l'exemple expérimental de la relation entre audition de musique et modifications neuro-végétatives, en fonction du caractère de la musique.

Dans le même ouvrage figure un article magistral de H. Fassbender, à propos du "rhumatisme musculaire", notion biologique désignant un type d'atteinte de la musculature squelettique et du tissu conjonctif. Au microscope électronique apparaissent divers stades de dégénérescence des éléments contractiles des muscles squelettiques, sans que l'on puisse observer de signe inflammatoire (fibrine, granulocytes). L'auteur en explique la pathogénèse : conséquence de divers facteurs possibles, dont un état de tension nerveuse n'est pas des moindres, une irritation nerveuse prolongée évolue vers un tonus musculaire isolé.

Les muscles durcissent, leurs fibres aboutissent à un stade de myogélose. De façon concomittante, le besoin en oxygène augmente en conséquence, et entraîne par défaut d'apport l'hypoxie et la mort de certains organelles. Finalement ces foyers de micronécrose attirent de nombreux lymphocytes.

Un tableau morphologique quasi spécifique est ainsi réalisé, ce qui a été confirmé par une étude à double insu portant sur la corrélation avec la courbe de potentiel musculaire.

L'excitation nerveuse préliminaire peut être due à divers facteurs psychogènes, comme nous l'avons dit, et plus particulièrement à ceux agissant sur le maintien et la posture. Un effet du froid est également possible, ce qui explique la relative efficacité des traitements habituels à base de chaleur et de massages, par opposition à la plus faible efficacité des traitements purement anti-inflammatoires.

En guise de conclusion à l'exposé de cette étude, il nous semble important de constater que l'on a pu démontrer l'existence, à partir d'un état d'excitation psychique, d'un mécanisme auto-entretenu de tension musculaire, qui a lui même de fort probables conséquences algiques.

Un article de P.B. Schneider intitulé " Les dorso-lombalgies, point de vue du psychiatre", nous fait pénétrer plus avant dans la notion de conflit, expliquant ainsi la participation de problèmes vitaux existentiels aux tensions musculaires douloureuses des dorso-lombalgies. Il est à noter que la région lombaire est un lieu surinvesti depuis l'enfance ; sa solidité est conditionnelle pour maintenir la station debout, signe d'affirmation de soi et d'audace.

A noter également est l'important échange d'angoisse iatrogène et invalidante qui se passe entre un médecin et son patient lombalgique. Toutefois, ces dorso-lombalgies sous-tendues par des conflits intrapsychiques se retrouvent davantage auprès d'un type particulier de patients, décrits comme passifs et incapables d'exprimer leur agressivité. Il est cependant bien clair que organogénèse ne doit aucunement être opposée à psychogénèse, l'origine de ces troubles étant dans la règle mixte.

Passons maintenant à un article de M. Burner, travaillant dans l'équipe lausannoise de P.B. Schneider. Intitulé "Perspectives psychosomatiques dans l'approche et le traitement des dorsalgies", ce texte, qui ne recouvre pas exactement notre sujet, met cependant d'emblée en évidence le point de moindre résistance que constitue la région lombaire. Pour P. Marty et N. Fain, "l'utilisation pathologique de cette région particulière suppose chez le patient une tendance très spéciale à vivre psychologiquement et physiquement, donc sur le plan mental et sur le plan musculaire, son angoisse et ses conflits". Cette région se caractérise également par des activités d'inhibition automatique d'une "activité motrice pulsionnelle dangereusement naissante, apparue en raison de la situation conflictuelle."

Suit une étude de quelque 86 observations de patients rachialgiques. La proportion d'étrangers était de 35 %, et du total 92 % des hommes et 100 % des femmes étaient des travailleurs manuels. On pouvait chez 52 patients relever une altération organique objective, mais 19 seulement présentaient une pathologie importante. Seuls 13 hommes et 2 femmes ont été reconnus comme étant psychologiquement "nihil".

Il y a toutefois à noter le risque d'altération psychique secondaire à la maladie, et d'autre part l'importance des bénéfices secondaires possibles d'une telle altération.

L'auteur souligne également la corrélation temporelle fréquente entre apparition des douleurs et évènement psychologique significatif.

Il y a fréquemment chez ces patients une altération de la personnalité "de base" sous forme d'une personnalité infantile et dépendante, avec faiblesse du Moi, inhibition affective, arriération psycho-sexuelle. Il est toutefois entendu que toute généralisation est trompeuse.

L'auteur cite ensuite H. Péquignot, en parlant des lombalgies floues et chroniques comme de la maladie "que l'on ne sait pas traiter", et comme d'une "névrose vertébrale" greffée sur une épine irritative. La réaction devant la douleur peut varier de la satisfaction à ne plus travailler à la réaction violente contre la passivité forcée.

Dans un autre article (Affections rhumatismales et psychologie médicale), M. Burner met en évidence "l'autre voie" restant à la personne psychopathologique qui ne devient ni névrosée, ni psychotique, ni perverse. Cette voie représente le détournement du conflit et de l'énergie psychique sur le corps, dit-il, sans le mécanisme de la conversion symbolique qui est névrotique, avec la mise en état d'excitation ou d'inhibition des formations neuronales.

Sur le plan thérapeutique, l'auteur souligne la difficulté qu'éprouve le psychiatre appelé à "résoudre" un cas de lombalgie qui ne répond pas au traitement physique. La technique psychiatrique classique se trouve quelque peu démunie en face d'un sujet qui n'a pas conscience d'un conflit, et ne peut l'exprimer sur le plan psychique.

Egalement intéressante est l'opinion de P. Genoud qui pense que dans la pathogénie des douleurs de ce type existe un abaissement pathologique du seuil de la sensibilité à la douleur (communication orale).

Enfin nous arrivons aux publications de A. Weintraub rhumatologue zurichois qui a une large expérience du problème et le perçoit dans une optique phénoménologique. L'auteur, tout d'abord, souligne la fréquence des affections rhumatologique, et l'estime à 30-60 % des patients. Mais le fait de se trouver en face d'un patient souffrant de douleurs comme symptôme cardinal impose pour le médecin de pouvoir faire référence à des critères diagnostiques positifs d'une affection psychosomatique. L'auteur nous cite ceux de J. Halliday :

- un groupe de muscles ou d'insertions durcies,
- l'absence de signes inflammatoires,
- la réversibilité des douleurs, si elles ne sont pas trop anciennes,
- la diminution des douleurs pendant les loisirs,
- le fait que la douleur cède après des larmes,
- le fait que ces douleurs sont davantage influencées par des psychotropes que par des antirhumatismaux.

Dans le grand et ancien débat de la spécificité d'organe, A. Weintraub estime qu'il y a spécificité d'expression dans certains territoires organiques, en relation avec certaines situations affectives.

Relevons encore la conception de A. Jores, exposée par A. Weintraub : chaque organe possède deux aspects, l'un anatomo-physiologique, et l'autre relatif à un symbolisme particulier, influent dans le choix de l'organe pathologique.

Quant aux lombalgies proprement dites, A. Weintraub estime qu'elles proviennent d'une surcharge affective, chez une personnalité d'un type particulier et incapable de surmonter avec patience la moindre irritation exogène ou endogène. Les douleurs lombaires expriment ainsi une frustration et un mécontentement, voire un sentiment d'impuissance sexuelle.

L'impression générale dégagée de cette revue de littérature, principalement dans cette dernière partie, est que le patient lombalgique met bien dans son attitude et dans ses paroles, un message, une "métacommunication" où sont exprimées sa détresse et son impuissance.

Son attitude somatique, a priori, devrait nécessairement être donc celle d'une personne paraissant écrasée par les circonstances, donc courbée en avant.

Or, fait surprenant, la quasi-totalité des patients de ce type que nous avons examinés n'exprimaient verbalement rien de particulier en dehors des douleurs, et sur le plan somatique se tenaient droits, très droits même, en hyperlordose avec leurs muscles contractés, sans que cela corresponde le plus souvent à une attitude antalgique.

Ces patients donnaient l'impression de souffrir dans leur lutte pour se tenir droits et ne rien exprimer. Ils paraissent donc plutôt chercher à dissimuler leur sentiment d'échec et d'impuissance.

Il y a donc probablement, à côté de ceux qui ont été décrits, d'autres phénomènes qui se passent chez ces patients, et d'autres significations à proposer à leur manière d'être.

Que pourrions-nous suggérer ?

Casuistique

Nous nous centrerons sur des cas de lombalgies persistantes et traitées.

37 cas ont été vus en consultation dans le cadre du Service de Rhumatologie (Professeur T.L. VISCHER) de l'Institut Universitaire de Médecine Physique et de Rééducation de l'Hôpital Cantonal de Genève (Professeur G. FALLET), lors de deux années d'assistanat à la Policlinique Universitaire de Psychiatrie, Département de Psychiatrie, Faculté de Médecine de l'Université de Genève. (Professeur G. GARRONE, Professeur A. HAYNAL, Docteur A. GUNN-SECHEHAYE).

Le critère de sélection des patients lombalgiques pour lesquels une consultation psychiatrique était demandée, était la présence de douleurs en disproportion avec les signes cliniques objectifs.

Nous exposerons tout d'abord l'histoire clinique de 5 cas avec quelques détails, et nous réunirons ensuite tous les cas sous forme de tableaux.

a) Histoire clinique de 5 cas

Premier cas

Il s'agit d'un manoeuvre dans le bâtiment âgé de 35 ans, originaire d'un milieu simple et rural espagnol, venu en Suisse il y a 5 ans. Il mène une existence solitaire. Timide et effacé, il compte bien, à l'avenir, retourner dans son pays et s'y marier; il faut signaler que ces projets ont un caractère flou et idéalisé.

Quelques années après son arrivée en Suisse, et à la suite d'un effort minime, il "sent" un craquement dans la région lombaire. La douleur qui lui fait suite persiste durant 3 ans, malgré tous les traitements entrepris. Puis, notamment après un séjour dans sa famille, le patient est subitement amélioré. Pendant plusieurs années, le patient se croit définitivement guéri, et travaille normalement. Soudain, après de courtes vacances, les douleurs réapparaissent, lors d'une occupation tranquille. Tous les traitements s'avèrent alors vains; cette douleur invalidante empêche le patient de travailler.

Sur le plan rhumatologique, on constate une raideur du segment lombaire, une douleur élective lombo-sacrée, sans contraction musculaire visible. Le seul signe objectif est une discrète arthrose du rachis. Les plaintes sont hors de proportion avec les signes objectifs; il n'y a cependant aucune raison de suspecter la bonne foi du patient.

Sur le plan psychiatrique, le patient est anxieux, collaborant. Il n'exprime aucun conflit, ne parle jamais de ce qu'il ressent, sinon de la douleur (et encore). Il ne fait aucun lien entre cette douleur, et un quelconque problème de la sphère du vécu ou du psychique. Il n'exprime rien non plus d'une sorte de tristesse de fond, dont presque rien ne transparait, mais qui semble bien réelle et qu'une personne exercée peut déceler.

Son seul investissement vrai est celui résultant de son "plaisir de fonctionner", dans son travail notamment, comme l'avait observé le Professeur G. Garrone à qui le patient était présenté. Il s'agit d'une notion importante, sur laquelle nous reviendrons souvent.

On pourrait définir ce "plaisir de fonctionner" comme une façon d'exister non pas basée sur le fait d'exister et de pouvoir "s'approprier" du plaisir (investissement libidinal), mais au contraire fondée sur le plaisir d'être vu par autrui comme "fonctionnellement bon." (Investissement narcissique). Cela se traduit par la primauté accordée aux fonctions somatiques musculaires, et suppose un fort investissement de toutes les régions somatiques qui y participent (région lombaire notamment). A vrai dire, la médaille a son revers : le bien-être implique le maintien de la capacité physique de fonctionner, et la présence d'un Autre qui puisse lui renvoyer son investissement. On voit donc quelle atteinte élective et catastrophique représentent des lombalgies pour ce type de personne.

Et précisément chez ce patient, l'effondrement dépressif se traduit par une sensation de "ne plus avoir de force nulle-part."

Résultats du test de Rohrschach (Z. Karaburçak).

Bonnes potentialités intellectuelles, toutefois perturbées à cause :

- d'une immaturité émotionnelle, avec inhibition;
- de préoccupations obsédantes entraînant des stéréotypies de la pensée, ou un mauvais contrôle de la réalité. (Essai d'arranger le réel selon ses désirs). Tempérament introverti, sensible, manifestant un constant besoin d'être rassuré. Pulsions très intenses créant un fort refoulement. Présence d'une importante agressivité, que le patient craint d'exprimer, mais qui se manifeste parfois de façon explosive, par une grande avidité de type oral. Tendance à projeter cette agressivité sur autrui, avec en retour angoisse et sentiment de culpabilité et de peur. Ambivalence dans le contact avec autrui, mais fort désir d'être aidé.
- Sexualité immature.
- Troubles du schéma corporel, vision très statique et rigide du corps humain, liée à la répression de son agressivité projetée.
- Moi faible, dont les défenses ont tendance à céder devant l'intensité des pulsions.

Deuxième cas

Il s'agit d'un homme de 40 ans, manoeuvre dans le bâtiment, et venu d'Italie en Suisse après s'être fait déposer par un parent du domaine agricole familial. Ayant pratiqué son métier pendant plusieurs années, il a cessé tout travail depuis 6 mois du fait de lombalgies et de douleurs multiples, apparues sans cause déclenchante immédiate.

Sur le plan rhumatologique, on relève des signes de discopathie L5-SI, sans signe de compression radiculaire, dans un contexte algique flou et mouvant. Le status psychiatrique est frappant. L'abord du patient est jovial et collaborant, dissimulant cependant une importante méfiance et une nette tendance à la projectivité. Tous ses malheurs ont été causés par d'autres personnes dont le patient se pose en victime, demandant implicitement une réparation totale. On voit que ce patient présente des traits se rapprochant d'une névrose de caractère et d'une sinistrose.

Il raconte cependant avec plaisir et fierté qu'il parvenait, dans un de ses emplois, à manier un lourd outil que d'autres ne parvenaient même pas à soulever; à noter, en plus du plaisir à fonctionner, l'important investissement de la région lombaire. De plus, au status, on est frappé par l'importante nervosité apparente du patient, par ses désirs régressifs et par les bénéfices secondaires massifs qu'il retire de son affection.

Sur le plan thymique, le fond est dépressif; le patient, de plus, montre son vécu dépressif de façon "savamment mal dissimulé." En d'autres termes, il aime à ce qu'on le découvre déprimé, mais faisant courageusement face à toutes les injustices dont il est victime, le tout dans un contexte manipulateur avec des traits hystériques. Il ne conçoit d'autre part la relation vécutouleurs qu'au travers du rapport nervosité-contractions musculaires.

Troisième cas

Il s'agit d'un Suisse de 40 ans, ouvrier qualifié dans le bâtiment. Son enfance fut mouvementée, sans vie de famille dans le sens propre du terme. Il travaille depuis son enfance dans la construction. A la suite d'un revers de fortune, il doit quitter un poste à responsabilités, et s'engager comme ouvrier dans un autre milieu. Il éprouve une grande fierté de ses capacités professionnelles, qui sont cependant mises en doute par son patron; au cours d'un important conflit avec ce dernier, et alors qu'il soulève une petite charge, il ressent une violente douleur lombaire, qui persiste. Aucun traitement ne s'avère efficace, et le patient est mis en congé de travail prolongé.

Sur le plan rhumatologique, on décèle une coxalgie, avec lombalgies, et une périarthrite de la hanche droite; cela n'explique pas tout. Au cours des entretiens, il oscille entre une attitude plaintive ("mon moral est au plus bas"), et une position de forte agressivité verbale.

Il admet sa tendance à reporter ses conflits psychiques en terme de tension musculaire. Il désire avant tout une rente d'invalidé, et l'aspect sinistrosique n'est pas des moindres.

Nous retiendrons donc la relation chronologique frappante entre apparition des lombalgies et éclatement d'un conflit avec son patron, au cours duquel sa propre valeur est mise en doute, valeur qui était très investie (voir cas précédents).

Quatrième cas

Il s'agit d'une femme de 50 ans, d'origine méditerranéenne. Son enfance fut pénible, la patiente d'ailleurs se privant pour les autres. La patiente est venue en Suisse à la suite d'une importante déception sentimentale. Des lombalgies apparaissent peu après. La patiente travaille comme manutentionnaire et investit beaucoup cette occupation. Les événements significatifs survenant à elle et à ses proches (décès, mariages, naissances, départs) sont vivement ressentis par la patiente et rythment ses accès de lombalgie.

Sur le plan clinique, on constate une très légère discopathie L4-L5, et un syndrome vertébral chronique. Lors des entretiens, la patiente se montre collaborante, mais anxieuse; une façade de gaieté apparente dissimule avec plus ou moins de difficultés un important état dépressif sous-jacent. La patiente n'est toutefois pas consciente de cet état, qui repose sur un fond de sentiments d'échec et d'abandon.

La patiente est par ses douleurs privée de son plaisir de fonctionner, qui lui permettrait de se sentir exister aux yeux des autres.

Cinquième cas

Il s'agit d'un homme de 30 ans, d'origine espagnole, sans donnée anamnétique particulière. Il vit depuis longtemps en Suisse, où il travaille dans l'hôtellerie. Il aime les moments de travail intense, se sentir actif, voire débordé, et apprécié des clients et du patron. Par contre, il ne supporte pas la solitude, qui le met dans un important état de nervosité. Après une vie sentimentale assez agitée, il se met en ménage avec une amie, ce qui coïncide avec quelques difficultés sexuelles. De cette époque datent les premières lombalgies, qui atteignent leur point culminant après une scène pénible où l'amie reproche au patient son impuissance. Ce dernier masque ses douleurs à tout prix vis à vis de son entourage et de ses relations de travail, renonce à s'en absenter et avec difficulté s'y maintient jusqu'à ce qu'une hospitalisation devienne indispensable, le patient étant parvenu à rester "droit" jusqu'au bout.

Sur le plan clinique, on décèle un syndrome radiculaire algique et sensitif de S1, sans proportion avec l'importance des douleurs. Au cours des entretiens, il se montre collaborant, niant tous les affects dépressifs qui paraissent infra-conscients. Sa nervosité s'est atténuée depuis la forte recrudescence des lombalgies.

De plus, il faut donc noter ce mode d'investissement basé sur le plaisir de fonctionner. Le patient accepte une possible relation entre psychique et somatique, mais il est très ardu de le lui faire saisir directement.

Un test de Rohrschach a été effectué chez ce patient, qui montre une intelligence normale, mais inhibée. L'imagination et la créativité sont pauvres, avec une certaine stéréotypie de la pensée. On n'assiste à aucune extériorisation ni à aucune phantasmatisation des pulsions. Il y a enfin quelques problèmes d'identité sexuelle.

b) Condensé des cas

1. Age entre 30 et 50 ans.
2. Sexe masculin
3. Nationalité suisse.
4. Intégration sociale réussie.
5. Qualification professionnelle.
6. Travail faisant intervenir la région lombaire.
7. Pathologie rhumatologique expliquant une partie des douleurs
8. Problèmes psychiatriques autres que dépression, évidents aux non spécialistes.
9. Névrose de caractère avérée, au sens classique du terme.
10. Sentiment vécu de dépression.
11. Etat dépressif sous-jacent ou "camouflé".
12. Présence de facteurs réactionnels en relation chronologique avec les algies.
13. Localisation ou chronologie fluctuantes.
14. Présence de traits hypochondriaques.
15. Tendances sinistrosiques.
16. Arrêts de travail prolongés.
17. Plaisir prépondérant à fonctionner (investissement narcissique)
18. Problème général d'expressivité verbale (autre que linguistique).
19. Expression verbale nette d'échec ou d'impuissance.
20. Expression posturale nette d'échec ou d'impuissance.
21. Tendance à masquer les douleurs.
22. Conscience de la relation psychosomatique.

																	%sur 16	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Total	étrangers
1.	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	13	81
2.	+	+	+	-	+	+	+	-	-	+	-	+	+	+	+	-	10	63
3.	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	14	87
5.	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	+	+	-	-	-	4	25
6.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	15	94
7.	-	-	+	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-	3	19
8.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	1	6
9.	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	2	13
10.	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	3	19
11.	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	+	+	-	11	69
12.	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	13	81
13.	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-	9	56
14.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	3	19
15.	-	+	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	+	-	5	31
16.	+	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	-	9	56
17.	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	12	75
18.	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	14	87
19.	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6
20.	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	2	13
21.	-	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-	+	11	68
22.	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	3	19

	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	Total	% sur 16 Suisses
1.	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	6	37
2.	-	+	-	+	+	-	-	-	+	-	+	+	-	-	-	7	43
3.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	16	100
4.	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	15	94
5.	+	+	+	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	+	-	10	63
6.	+	+	-	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	+	+	12	75
7.	-	+	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+	-	-	6	37
8.	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	1	6
9.	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	4	25
10.	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	2	12
11.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	14	87
12.	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	14	87
13.	+	+	-	+	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	-	7	43
14.	-	+	-	+	-	+	-	-	+	-	-	+	-	+	+	5	31
15.	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	4	25
16.	-	+	-	-	+	+	-	-	+	-	+	+	-	-	-	7	43
17.	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	+	+	-	+	9	56
18.	+	+	-	-	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	8	50
19.	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	2	12
20.	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6
21.	+	-	+	+	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	6	37
22.	-	-	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	5	31

[illegible]

Commentaires des résultats

Précisons d'emblée que par "contrôles" nous entendons des patients dont les lombalgies ne donnent lieu à aucune participation psychosomatique, d'après nos critères.

Les points 1 à 4 ne donnent lieu à aucun commentaire particulier. A propos du point suivant, on peut être à juste titre surpris du faible pourcentage (25%) d'étrangers ayant une qualification professionnelle, contre 50% des Suisses. On peut l'expliquer par le fait que l'on a dans ce cas essentiellement affaire à une population de manoeuvres, travailleurs de force surtout dans le secteur du bâtiment.

Dans cette même population, il est frappant de constater la rareté d'une pathologie rhumatologique expliquant même en partie les douleurs (19%).

Un autre résultat sur lequel nous aimerions insister est la très faible proportion (6%) des patients posant des problèmes psychiatriques évidents et autres que dépressifs. Une preuve de plus, si besoin est, que le patient psychosomatique n'est pas un patient psychiatrique, et est toujours l'affaire d'une équipe mixte somaticien-psychiatre.

Seul un cinquième des patients examinés présentait une névrose de caractère au sens classique du terme.

Mais, comme d'autres (R. Gfeller), nous pensons qu'il y a continuité entre affections psychosomatiques et névrose de caractère. Le recours, très fréquent chez ces patients, au tonus et à la tension musculaire en lieu et place d'une expression verbale ou posturale plus adhéquate, nous l'illustre. Cela nous amène à rappeler l'armure caractérielle décrite par Reich, liée à la cuirasse musculaire. Il est également à signaler l'agressivité sous-jacente fréquemment très importante chez ces patients, mais qui est impossible à chiffrer.

Un autre résultat frappant est la grande proportion de personnes souffrant d'un état dépressif camouflé, en chiffres absolus ou relatifs à ceux qui ressentent ouvertement cet état dépressif.

Il est bien sûr également surprenant de constater que dans 84% des cas on a pu (facilement) retrouver un facteur déclenchant en relation chronologique, généralement de l'ordre d'un deuil, d'une perte, d'un abandon, d'un échec, de la négation par autrui d'une valeur professionnelle, d'une dévalorisation, d'une blessure narcissique, d'une surcharge émotionnelle ou physique, d'une impuissance dans son sens propre ou particulier, d'une impossibilité de s'intégrer à un schéma de vie différent (immigrés)

La présence d'une localisation et d'une chronologie fluctuantes, classiquement décrite par les auteurs, s'est également fréquemment révélée ici.

A noter à ce propos les améliorations spectaculaires, malheureusement transitoires, de certains patients en vacances, ou en séjour dans leur mère-patrie. Répétons dans ce contexte qu'il ne semble pas justifié de mettre en doute la bonne foi de ces patients.

Seul un quart de ces patients a présenté des traits hypochondriaques, mais 28% ont fait état de tendances sinistrosiques; nous reviendrons ultérieurement sur ce résultat qui peut sembler élevé.

Le mode d'ininvestissement narcissique, manifesté par un plaisir prépondérant à fonctionner, a été décelé chez 75% des immigrés contre 56% des Suisses, résultats démonstratifs, de même que celui qui concerne la difficulté générale d'exprimer son vécu (68%). Ce dernier résultat nous conduit à évoquer la notion de "pensée opératoire" introduite par l'école psychosomatique de Paris. L'expressivité de ces patients est donc pauvre, et même le caractère de la douleur est mal exprimé (problèmes linguistiques mis à part). Aucun fantasme ne vient fleurir leur discours. Ils donnent une impression d'ennui, d'impénétrabilité, et leurs paroles paraissent souvent en flagrante contradiction avec leur vécu.

Nous relevons également la rareté de l'expression verbale d'un échec ou d'une impuissance, et plus encore de l'expression posturale de ce même vécu fréquent: la grande majorité de ces patients étaient raidis dans une attitude de lutte douloureuse contre l'acceptation de leurs revers.

A noter enfin, dans la même optique, que la moitié de ces patients avait ou avait eu une tendance à masquer le côté invalidant de leurs douleurs, et que la relation psychosomatique était le plus souvent ignorée, ou restait difficilement accessible au patient. On peut se demander si ce type de personne ne se sent pas particulièrement à son aise dans la diversité des intérêts inhérente à notre médecine de spécialisations, qui souvent laisse dans la pénombre la relation entre âme et corps.

Synthèse : une hypothèse de travail

Nous nous trouvons donc en face d'un type particulier de patients, déterminé par les préalables suivantes :

Une épine irritative somatique que nous pourrions définir comme un locus minoris resistentiae, une atteinte infra-clinique pouvant déterminer le choix d'un organe ou d'une partie d'organe malade. Cela concerne donc la sphère lombosacrée dans notre propos. Relevons cependant que le niveau d'investigation auquel la science rhumatologique actuelle est parvenu lui permet de déceler presque dans chaque cas un trouble, clinique ou non, conséquent ou non. Mais cela ne fait que repousser le problème: pourquoi certaines personnes exclusivement, parmi toutes celles qui souffrent d'une pathologie lombaire infraclinique, développent-elles des lombalgies persistantes ?

Un phénomène déclenchant très spécifique, psychique ou émotionnel. Nous avons précédemment énuméré les types de problèmes rencontrés par ces patients. Relevons que ce déclenchement pathologique ne se fait, pour une personne donnée, que probablement pour un type précis de problème auquel il est sensible, en fonction de son architecture personnelle, à un moment particulier de son existence et dans des circonstances tout aussi particulières. Cela fait également intervenir le fameux débat sur le choix de l'organe; mais la spécificité conflit particulier-moment particulier-choix de l'organe doit être grande, comme celle d'une "clé ouvrant une seule serrure" (R. Gfeller).

Un caractère particulier représentant le plus souvent une façon particulière (sans jugement de valeur) d'exister, en prenant sa force de vivre dans l'appréciation d'eux-mêmes par autrui; ne pouvant se vivre achevés et complets, ils ont besoin de lire pour propre valeur dans les yeux des autres, ce qui fait intervenir toute la dynamique de leur projections. Ce mode de vivre (investissement de type narcissique, par opposition au type libidinal, sans bien sûr qu'il y ait solution de continuité) implique également non pas un plaisir d'exister simplement, mais un plaisir à bien fonctionner, donc aux yeux d'autrui. Cela détermine probablement un investissement massif de la charnière lombo-sacrée, point central de toute activité, et le choix d'un métier de force.

Ajoutons que sur le même modèle, nous avons rencontré quelques ménagères qui présentaient des traits obsessionnels importants, et se situaient en perpétuel état d'échec par rapport à l'impossible tâche qu'elles s'attribuaient.

Cette façon d'utiliser sa musculature comme médium privilégié avec autrui nous semble propre à ce type de patients. Il ressentent fréquemment en eux-mêmes une crispation musculaire générale lors d'un conflit, mais sont dans l'impossibilité de décharger cette tension et ces affects par voie verbale ou même par voie musculaire pure. En ce qui concerne ce dernier exutoire, il est clair que ces patients ressentent l'interdit social condamnant le passage à l'acte, qui seul pourrait éventuellement leur apporter la détente.

Mais alors, l'acte en soi véhiculant un signifié, cela irait à l'encontre de leur tendance à nier tout conflit, par rapport à autrui ou à leur propre conscience. On peut donc fréquemment constater chez ces patients un important arrière-fond d'agressivité contenue, dont on s'aperçoit directement au cours du dialogue, ou indirectement dans la violence de leurs dénégations.

Ces patients vivent donc dans un perpétuel état de tension musculaire. En nous référant à l'étude de G. Harrer, nous pouvons être certains de la pathogénicité de cet état qui s'entretient de lui-même, et peut causer moult dégâts musculaires ou articulaires.

Nous référant une fois de plus à W. Reich, nous prenons la relation entre cuirasse musculaire et armure caractérielle, qui étouffe ces patients et étiole leur relation à autrui, et ceci d'autant plus qu'elle devrait passer presque exclusivement par le corps, du fait des troubles généraux de l'expression verbale. De plus, nous voyons que cette relation est censurée, déniée, par tout le raidissement du corps du patient, qui refuse de laisser venir à la conscience et à l'expression verbale et somatique ses affects d'échec et d'impuissance. Qu'il nous soit permis d'éclairer le sens que nous donnons ici à la dénégation par une phrase de A. Haynal - ("Le sens du désespoir"): "...les maladies et la souffrance infligent toujours une "blessure narcissique" et peuvent, par conséquent, devenir dépressivogènes en l'absence d'une défense suffisante. C'est pourquoi l'on nie la maladie".

Si l'on rencontre plus fréquemment ce "plaisir à fonctionner" chez les immigrés, on observait par contre chez les Suisses légèrement plus de traits évoquant la névrose de caractère. Il nous paraît important de ne pas séparer ces deux sortes de caractère, et de souligner à quel point ils sont proches, ne se distinguant que par le mode d'expression. Rappelons ici le mot de Nunberg, cité par E. Kestenberg : "Les névroses de caractères sont des névroses asymptomatiques". Citons également la définition de E. Kestenberg de la névrose de caractère :

- un sentiment d'échec très vif mais injustifié sur le terrain dont le malade se plaint.
- Un sentiment aigu de frustration et une crainte constante de l'abandon. Un besoin d'amour intense, mais qui n'ose aucunement s'exprimer, contrastant avec la pauvreté de la vie sentimentale réelle.
- Un narcissisme exacerbé se traduisant par le besoin permanent d'affirmation de soi, la crainte du ridicule, la conviction intime de valoir mieux que les autres, l'importance des mécanismes de projection, et en dernier lieu une affectivité extrêmement fermée."

Le rapprochement avec nos patients les plus projectifs nous paraît suffisamment évident, hormis le fait que ces sentiments de déficit nous paraissent pas ou peu accéder à leur conscient.

Nous comprenons maintenant mieux la relativement forte proportion d'éléments sinistrosiques retrouvés chez ces patients (28%, dont 25% chez les suisses et 3% chez les immigrés).

Ces patients manifestent donc un désir idéalisé et "accusateur" d'être réparés et remis dans le même état qu'un "auparavant" tout aussi idéal, ce qui bien sûr est rarement du domaine du possible.

Il est évident que l'affection lombalgique tant soit peu invalidante sape toute possibilité pour le patient de recevoir une quelconque gratification narcissique; et nous avons vu à quel point ce genre de valorisation était central et indispensable pour le patient. Il n'y a donc rien d'étonnant que pour ces raisons aussi, et d'autant plus, le patient ait tendance à ne rien laisser voir de son mal, ni par ses paroles ni par sa posture, son atteinte étant en fait une des plus graves qui puissent le toucher, car le blessant au vif. Il se raidit donc, dans le sens somatique du terme, pour ne pas se trahir, et pour ne pas laisser venir à la conscience ces affects dépressifs parfois destructeurs ou bien signes d'une passivité insupportable. De plus, avouer sa faiblesse peut fort bien provoquer la perte de l'emploi professionnel, sur le plan pratique.

En plus de toutes ces raisons de ne rien exprimer, on a souvent l'impression que ces patients, bien qu'inconscients de leurs affects dépressifs, orientent le dialogue de façon plus ou moins calculée, de manière que le thérapeute découvre au travers de ce qui est transmi (verbal ou infraverbal) ceci même qu'ils dissimulent avec tant de soins, leur sentiment de tristesse et d'échec. Ce trait se rapproche de certains aspects du caractère hystérique, impossibles d'ailleurs à chiffrer.

Nous nous trouvons, en conclusion et pour toutes ces raisons, en face d'un redoutable enchaînement de circonstances: l'expression verbale des conflits existants est impossible; l'expression somatique posturale en est également exclue.

Le patient se trouve donc englué dans un système de double négation, l'une verbale (négation des affects, pensée opératoire), et l'autre somatique (raidissement, douleurs.)

Du fait de cette douleur, et dès l'affection déclarée, le cercle vicieux se referme; le patient invalide ne peut recevoir de satisfaction narcissique; il se déprime et l'affection s'entretient d'elle-même.

Nous espérons ainsi, au travers de cette hypothèse, avoir tant soit peu éclairé notre façon de concevoir le vécu de ce type de patients, et le pourquoi de la difficulté que nous éprouvons dans leur abord clinique et thérapeutique.

Résumé et conclusion :

Le patient lombalgique dont le status rhumatologique n'explique pas les douleurs, se situe souvent dans une constellation de problèmes particuliers.

Au travers d'une étude clinique de 37 cas, nous avons vu que leur problématique-type comportait tout d'abord un caractère particulier. C'est surtout au travers de l'appréciation d'eux-mêmes par autrui qu'ils perçoivent leur propre existence, d'où leur nécessité et leur plaisir de "bien fonctionner", qu'ils trouvent le plus souvent dans un travail de force faisant électivement intervenir la charnière lombo-sacrée. S'ils sont privés de cette source de satisfaction par une épine irritative somatique diminuant tant soit peu leur capacité de fonctionner, ils deviennent dépressifs, voire projectifs. Il faut enfin un phénomène déclenchant spécifique, psychique ou émotionnel, mettant ces patients en face d'un sentiment d'échec ou d'impuissance vécu comme une blessure narcissique.

Nous constatons ensuite que ces patients sont incapables d'exprimer verbalement ce sentiment dépressif, qui souvent n'accède même pas à leur conscience. Il est de plus également impossible à ces patients d'exprimer somatiquement leur vécu dépressif par une attitude corporelle: ce serait montrer leur impuissance et se priver de toute possibilité de satisfaction narcissique, qui passe également par la région lombo-sacrée. Tant verbalement que infraverbalement, ils nient donc tout vécu dépressif et toute participation psychique à leurs douleurs.

Pas davantage par son corps que par ses paroles ce type de patients n'exprime donc son sentiment d'impuissance ou d'échec; bien loin d'ailleurs d'adopter une posture courbée, il se raidit le plus souvent dans une attitude rigide de refus de montrer son impuissance, ce qui par la contracture musculaire contribue à la genèse des algies.

Nous voyons ainsi que par un mécanisme psychosomatique la douleur et la dépression sous-jacentes s'entretiennent d'elles-mêmes, au travers d'un processus parallèle de négation du vécu au sein de l'entité âme-corps.

Bibliographie :

1. Alexander, F.: La médecine psychosomatique.
Payot, Paris 1962
2. Beck, D.: Aspects psychosomatiques du rhumatisme
articulaire chronique. F. Hoffmann-La-Roche, Bâle 1971.
3. Bergeret, J.: Abrégé de psychologie pathologique.
Masson, Paris 1974.
4. Boss, M.: Introduction à la médecine psychosomatique.
PUF, Paris 1959 (Cit. p.75).
5. Burner, M.: Affections rhumatismales et psychologie
médicale. Psychologie médicale, 8 : 93-99 (1976).
6. Burner, M.: Perspectives psychosomatiques dans l'ap-
proche et le traitement des dorsalgies.
Ther. Umschau 26: 510-520 (1969) (Cit.p.510;p.513).
7. Chaquat, Y.et al.: Lombalgies pures par lésion intra-
rachidienne. Revue du Rhumatisme 40:741-744 (1973).
8. Coll.: De l'émotion à la lésion.
Service scientifique Roche, Bâle 1968.
9. Condrau, G.: Psychologische Medizin und psychosomat.
Medizin. Walter Verlag, Olten 1968.
10. Davis, F.: Electromyographic recording during interview.
Am. J. Psychiatry 107: 908-915 (1951).
11. Du Bois, R.: Fondements d'une étiologie psychosomatique
de l'arthrite rhumatoïde. Thèse.
Ed. Rud. Stegmann, Zurich 1969.
12. Dubuis, P.: Les douleurs sacro-lombaires en gynécologie.
Ther. Umschau 26: 505-509 (1969).

13. Fassbender, H.G.: Pathologie und Pathogenese des sogenannten Muskelrheumatismus. In Weintraub, A. et al. (Hrsg.): Psyche und Rheuma, Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates, p. 58. Schwabe, Euler Publ., Basel 1975.
14. Gfeller, R.: Médecin praticien et situation de la médecine psychosomatique dans l'ensemble de la médecine. Médecine & Hygiène 903: 151-154 (1970).
15. Gfeller, R.: Approche expérimentale et psychosomatique de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale. Médecine psychosomatique 6: 149-177 (1976).
16. Groddeck, G.: Le livre du ça. Gallimard, Paris 1976.
17. Groen, J.J.: Etude psychosomatique de l'anxiété en médecine interne. In Rees, W.L. (réd.): Les facteurs d'anxiété dans l'approche thérapeutique, p.8. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam 1974.
18. Harrer, G.: Affect und Muskelspannung. In Weintraub, A. et al. (Hrsg.): Psyche und Rheuma, Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates, p.58. Schwabe, Euler Publ., Basel 1975.
19. Haynal, A.: Le sens du désespoir. Revue française de Psychanalyse 41: 17-186 (1977). (Cit.p.96).
20. Haynal, A. et Pasini, W.: Abrégé de Médecine psychosomatique. Masson, Paris 1978.
21. Held, R.: De la psychanalyse à la médecine psychosomatique. Payot, Paris 1968.

22. Horder, J.: Psychosomatic Pain. Physiotherapy 60: 137-140 (1974).
23. Israel, L.: Le médecin face au malade. Ed. Charles Dessart. Bruxelles 1968.
24. Jores, A.: Der Kranke mit psychovegetativen Störungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1973.
25. Kahn, M.F.: Les dorsolombalgies de cause non évidente. Revue médicale de la Suisse romande 89: 297-306 (1969)
26. Kestenberg, E.: Problèmes diagnostiques et cliniques posés par les névroses de caractère. Revue française de Psychanalyse 17: 496-517 (1953).
27. Kielholz, P.(éditeur): Etats dépressifs. Editions Huber, Berne 1972.
28. Kielholz, P. (éditeur): la dépression masquée. Editions Huber, Berne 1973.
29. Laplanche, J. et Pontalis, J.B.: Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris 1967.
30. Luban-Plozza, B.: Le malade psychosomatique et le médecin-praticien. Bibliothèque pratique de médecine psychosomatique, Toulouse 1975.
31. Marty, P., M'Uzan, M. de et David, C.: L'investigation psychosomatique. PUF, Paris 1963.
32. Miehlke, K.: Propos sur l'étiologie et la pathogénèse des maladies rhumatismales. Documenta Geigy, Bâle 1975.
33. Morgenstern, F.S.: Chronic pain. In Hill, O.W.(editor): Modern Trends in psychosomatic medicin, vol. 2,p.225. Butterworths, London 1970.

34. Nemiah, J and Sifneos, P.: Affect and Fantasy in patients with psychosomatic disorders. In Hill, O.W. (editor): Modern Trends in psychosomatic medicin, vol.2,p.26. Butterworths, London 1970.
35. Oken, D.: Musculoskeletal Disorders. In Arieti, S. (editor): American Handbook of Psychiatry, vol.4,p.726. Basic Books Inc. Publishers, New-York 1975.
36. Queneau, P. et Jallade, S.: Reflexions concernant l'ap-proche psycho-somatique des rachialgies rebelles. Rhumatologie 26: 99-103 (1974).
37. Reich, W.: L'analyse caractérielle. Payot, Paris 1971. (Cit. pp. 287-289).
38. Saudan, Y.: Rhumatisme et dorsalgies-le point de vue du rhumatologue. Ther. Umschau 26: 486-492 (1969)
39. Schneider, P.-B.: Les dorsolombalgies: point de vue du psychiatre. Revue médicale de la Suisse romande 89: 287-296 (1969)
40. Solié, P.: Psychologie analytique et médecine psycho-somatique. Ed. Mont-Blanc, Genève 1969
41. Thévenoz, F.: A propos de la prophylaxie des disco-pathies. Documenta Geigy, Bâle 1976.
42. Thierry-Mieg, J.: Psycho-pathologie des rhumatisants, algies pseudo-rhumatismales d'origine psychique. In Lemaire, A. et al.: Aux confins de la rhumatologie, p. 429. L'Expansion Scientifique Française, Paris 1961. (Cit. p.441).
43. Timsit, M. et al.: La névrose hypochondriaque a-t-elle droit de cité? acta psychiat. belg. 73:459-483 (1973).

44. Tournier, P.: Médecine de la Personne. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel 1963.
45. Tournier, P.: Technique et foi. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel 1946.
46. Vischer, T.L.: Psychosomatische Möglichkeiten in der Praxis. Inédit (1977).
47. Weintraub, A.: Quelques réflexions psychosomatiques en pratique rhumatologique. Revue médicale de la Suisse romande 94: 219-223 (1974).
48. Weintraub, A.: Psychosomatische Probleme in der rheumatologischen Praxis. Schweiz. med. Wschr. 101: 307-309 (1971).
49. Weintraub, A.: Die Psychosomatik des Rheumakranken. In Jores, A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik, p. 223. Huber Verlag, Bern 1976.
50. Weintraub, A.: Psychosomatische Aspekte des Weichteilrheumatismus. Der Kassenarzt, Heft 2 (feb. 1974).
51. Weintraub, A.: Psychosomatik des Weichteilrheumatismus, therapeutische Konsequenzen in Kur und Praxis. Z. Rheumaforschung 31: 273-284 (1972).
52. Weintraub, A.: Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates und ihre Konfliktspezifität. In Weintraub, A. et al. (Hrsg.): Psyche und Rheuma, Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates, p. 153. Schwabe, Euler Publ., Basel 1975.
53. Wolkind, S.N. : Psychiatric Aspects of Low Back Pain. Physiotherapy 60: 75-77 (1974).

Table des matières

Introduction	1
Vue d'ensemble de la littérature	3
Casuistique	19
Histoire clinique de 5 cas	20
Condensé des cas	28
Commentaires des résultats	32
Synthèse: une hypothèse de travail	36
Résumé et conclusion	42
Bibliographie	43

